

平成29年5月30日

会 員 各 位

特定非営利活動法人
道南地域医療連携協議会
理事長 長 谷 川 正

特定非営利活動法人 道南地域医療連携協議会総会のお知らせ

標記の総会を下記のとおり開催いたしますのでご案内申し上げます。

日時：平成29年6月16日(金) 19時から

場所：市立函館病院 2階 講堂

議題：

- 1) 平成28年度 事業報告および収支決算
- 2) 平成28年度 会計監査報告
- 3) 平成29年度 事業計画および収支予算

出欠：6月12日(月)までに別紙をFAXまたはメールで提出お願いします。

FAX：0138-43-8310 市立函館病院 医療連携課

E-mail：renkei@hospital.hakodate.hokkaido.jp

事 務 局

〒041-8680 函館市港町1丁目10-1

市立函館病院医療連携課内 崎野・平田・信平

電 話：0138-43-2000 (内線4272)

F A X：0138-43-8310

E-mail：renkei@hospital.hakodate.hokkaido.jp

別紙

返信先：特定非営利活動法人 道南地域医療連携協議会事務局 崎野 行
(市立函館病院医療連携課内)

FAX番号：0138-43-8310

出 欠 届

特定非営利活動法人 道南地域医療連携協議会総会に

出 席 ・ 欠 席 します。(どちらかに○をつけて下さい)

施設名：

氏 名：

委 任 状 (欠席の場合)

特定非営利活動法人 道南地域医療連携協議会総会の議決権を

_____に委任します。
(空欄の場合には理事長一任とします。)

平成29年 月 日 提出

施設名：

氏 名：

※6月12日(月)までに出欠および欠席の場合は委任状を記載し、提出をお願いいたします。